

療養費等支給状況証明書

被保険者（組合員）

様

下記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

保険者所在地 〒

保険者名称

電話 () -

担当者名

1. 対象者・対象診療

被保険者証	記号	番号		
証明を要する 対象者氏名		続柄 ()	男 女	生年月日 昭・平・令 年 月 日
診療月	令和 年 月診療分	入院・外来 歯科・調剤	種類	補装具・その他 ()
医療機関等の名称		受療 期間	年 月 日から 年 月 日まで	

2. 給付（支給）内容

医療保険総医療費 ①	診療実日数	負担割合 ②	保険給付額 ③	自己負担額 ④
総点数 (点) 円	日	1割・2割・3割	給付額全額 円 うち現物給付の高額療養費 (円)	円
高額療養費支給額（償還額） ⑤		附加給付額 ⑥		
単独・合算・多数回 円	不支給	単独・合算	円	不支給

- ① ①欄は実際の保険給付額を記入してください。
② 高額療養費が支給される場合は、その合計を②欄にご記入ください（現物給付分は除く）。また、合算による高額療養費がある場合はその内訳も下欄にご記入ください。
③ 神戸市の福祉医療制度は医療保険者に附加給付制度がある場合、附加給付制度を優先適用します（附加給付制度等適用後のなお残る自己負担額が神戸市の福祉医療制度の助成対象となります）。附加給付制度を支給できる場合は、その合計額を①欄にご記入ください。また、合算による附加給付がある場合は対象となる医療費等の内訳も下欄にご記入ください。
④ 支給がない場合は、「不支給」に○を入れてください。

3. 合算による高額療養費及び附加給付額内訳

氏名 (生年月日)	医療の種類	総医療費	医療給付額	自己負担額
(. .)	入院・外来 歯科・調剤	円	給付額全額 円 うち現物給付の高額療養費 (円)	円
(. .)	入院・外来 歯科・調剤	円	給付額全額 円 うち現物給付の高額療養費 (円)	円
(. .)	入院・外来 歯科・調剤	円	給付額全額 円 うち現物給付の高額療養費 (円)	円
注意：補装具等の証明の場合、必ず月ごとに分けてご記入願います。			合算による高額療養費 にかかる負担額計	円
附記			合算による高額療養費支 給額（現物給付分は除く）	円
1 神戸市高齢期移行者医療費助成に関する条例の対象者				
2 神戸市子ども医療費助成に関する条例の対象者				
3 神戸市重度障害者医療費助成に関する条例の対象者				
4 神戸市ひとり親家庭等医療費助成に関する条例の対象者			合算による附加給付額	円